CONTRIBUTION A LA CHIRURGIE D'ARMÉE

N°7

TROIS CAS DE

# BLESSURES DU RECTUM

PAR LES ARMES A FEU

ET DE LEUR TRAITEMENT

## THÈSE

*Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier*

**le 12 Novembre 1887**

PAR

**Eugène BARTHÉLEMY**

Né à Toulon

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CRISTIN, SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

SERRE ET RICOME, SUCCESSEURS

1887

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN Doyen.

GRASSET, Assesseur.

### *Professeurs.*

| | MESSIEURS : |
|---|---|
| *Clinique médicale.* | COMBAL (✲ ✠). |
| *Clinique des mal. ment. et nerv.* | CAVALIER (✲). |
| *Idem. (Chargé du cours).* | MAIRET. |
| *Physique médicale.* | MOITESSIER (✲) |
| *Médecine légale et toxicologie.* | JAUMES. |
| *Clinique chirurgicale.* | DUBRUEIL (✲). |
| *Chimie médicale et Pharmacie.* | ENGEL. |
| *Hygiène.* | BERTIN-SANS. |
| *Pathologie interne.* | CASTAN. |
| *Clinique médicale.* | GRASSET. |
| *Botanique et Histoire Natur.méd.* | PLANCHON (✲ ✠). |
| *Physiologie.* | LANNEGRACE. |
| *Clinique obstétricale et gynécologie* | DUMAS (Léon). |
| *Clinique chirurgicale.* | TÉDENAT. |
| *Opérations et appareils.* | GRYNFELTT. |
| *Pathologie externe.* | CHALOT. |
| *Anat. pathol. et histol.* | KIENER (✲). |
| *Anatomie (Chargé du cours).* | GILIS. |
| *Thérap. et Matière médicale.* | HAMELIN (✲). |

Doyen honoraire: M. BENOIT (O. ✲ ✠).

Prof. honor. MM. MARTINS (O. ✲), DUPRÉ (✲ C. ✠).

### *Chargés de Cours de Cliniques annexes :*

| | |
|---|---|
| *Clinique des maladies des enfants.* MM. | BATLLE, agrégé. |
| *Clinique des mal. syphilit. et cutan.* | GAYRAUD, agrégé. |
| *Clinique des maladies des vieillards.* | N. |
| *Clinique ophthalmologique.....* | TRUC, agrégé. |

### *Agrégés en Exercice*

| MESSIEURS : | MESSIEURS : | MESSIEURS |
|---|---|---|
| CARRIEU. | BAUMEL. | GERBAUD. |
| MAIRET. | VILLE. | GILIS. |
| MOSSÉ (✲). | GRANEL. | MALOSSE. |
| REGIMBEAU (✲). | FORGUE. | BROUSSE. |
| BLAISE. | TRUC. | |

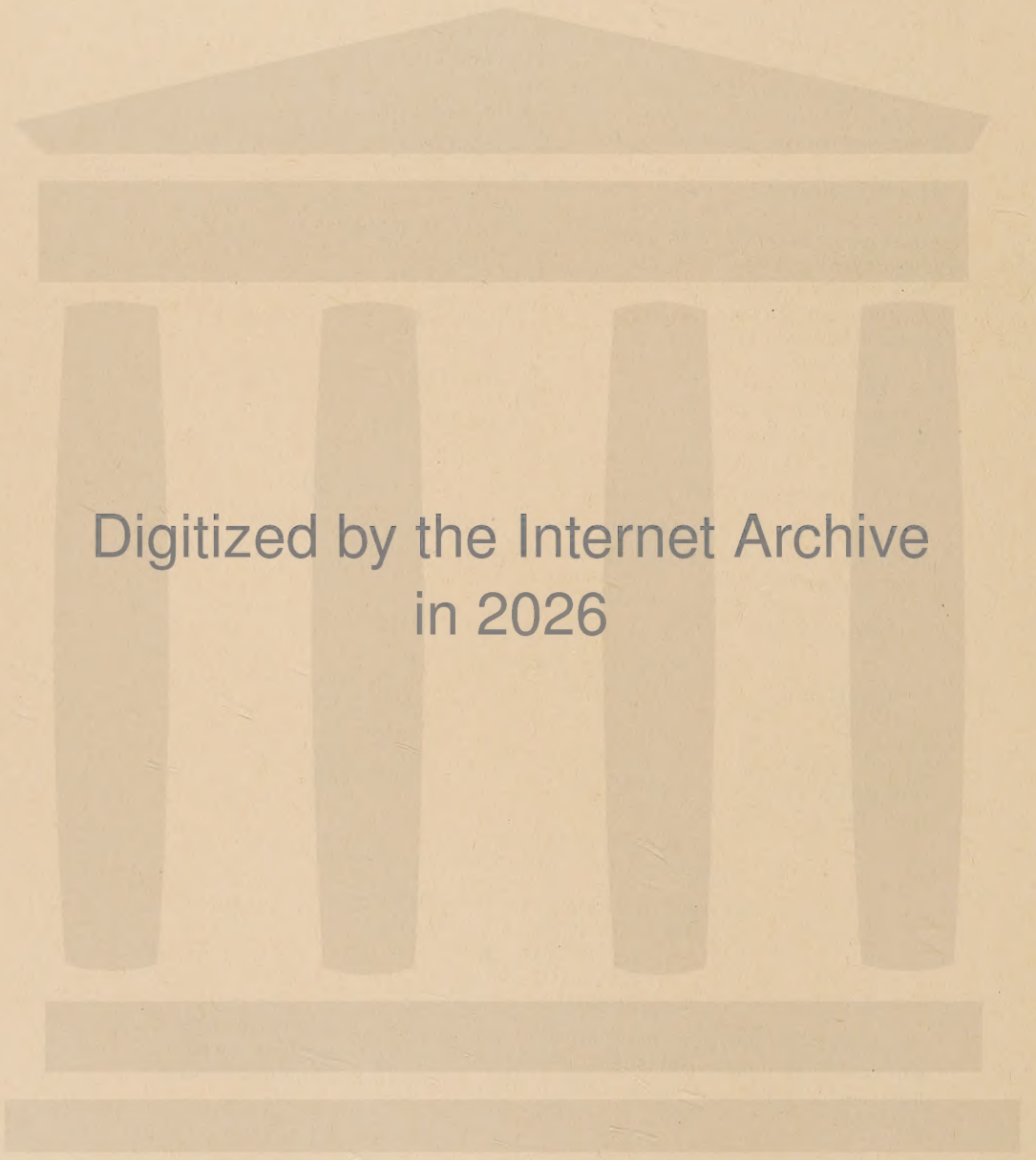
M. H. GOT, Secrétaire.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire honoraire.

### *Examinateurs de la Thèse :*

MM. GRYNFELTT, *président;*
DUBRUEIL, professeur.
GAYRAUD, agrégé.
FORGUE, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553210_0135

# INTRODUCTION.

Le travail que nous soumettons à l'examen de nos Juges, et pour lequel nous réclamons toute leur indulgence, nous a été inspiré dans le cours de notre campagne à Formose. Embarqué sur un bateau-hôpital avec le Dr Ludger comme médecin-major, et placé dans de bonnes conditions d'étude et d'observation, nous avons pu suivre, dans leur marche, les nombreux traumatismes que nous procuraient les hasards de la guerre.

Parmi les lésions que nous avons eues à soigner, il en est une variété qui, dès le début, a attiré particulièrement notre attention: nous voulons parler des *blessures du rectum par les armes à feu.* Leur rareté dans les guerres européennes, leur marche, le degré de gravité qu'elles peuvent atteindre, les nombreuses complications qui les accompagnent, le traitement surtout médical dont elles sont justiciables, tout nous engageait à en faire un sujet d'étude et à le présenter plus tard comme thèse inaugurale.

Ce travail aurait été cependant au-dessus de nos forces, si le Dr Couteaud, Médecin de 1re classe de la marine, ne nous avait aidé de ses conseils et de son expérience. C'est dans son service, à l'ambulance de Kelung, que nous avons pu rédiger deux de nos observations et faire appel à son inépuisable obligeance.

Nous le prions aussi d'agréer nos remerciements, ainsi que l'hommage de notre profonde reconnaissance.

Que le Dr Aubry accepte nos sentiments de la plus vive gratitude, pour avoir traduit dans Otis tout ce qui se rapportait à notre sujet.

Cette thèse comprendra trois parties :

1° La première consistera dans une description sommaire de la région, siège du traumatisme. Nous pourrons ainsi saisir et exposer avec plus de méthode la marche et les complications des blessures qui nous occupent.

2° Nous passerons ensuite à la relation détaillée des trois observations que nous avons recueillies.

3° Le troisième point portera sur le traitement. Ce sera la partie la plus longue et en même temps la plus intéressante de notre sujet. Nous nous proposons d'analyser tout ce qui a trait à notre variété de traumatisme, d'exposer les moyens thérapeutiques qui lui sont applicables, et de faire ressortir les résultats que nous avons obtenus.

Notre peu d'expérience se trouvera, dans le cours de cette étude, en face de sérieuses difficultés ; aussi, apprécions-nous plus que jamais l'aide et les conseils qui nous ont été donnés. Comme satisfaction attachée à notre travail, nous souhaitons qu'il soit un jour utile à nos confrères de la marine et de la guerre.

CONTRIBUTION A LA CHIRURGIE D'ARMÉE

# TROIS CAS DE BLESSURES DU RECTUM

## PAR LES ARMES A FEU

## ET DE LEUR TRAITEMENT

## PREMIÈRE PARTIE.

### ANATOMIE DE LA RÉGION.

Enumérer simplement les organes, rappeler leurs principaux rapports, tel est le but que nous nous proposons. De plus longues considérations anatomiques seraient inutiles et déplacées.

Le rectum est la partie terminale du tube digestif. Il est contenu dans le petit bassin, et s'étend de la symphyse sacro-iliaque gauche à l'anus. Sa longueur est en moyenne de 20 cent. Il décrit deux courbures antéro-postérieures; la première, qui est en même temps la plus importante, est la

seule qui nous intéresse. Elle est concave en avant, convexe en arrière, se moulant sur la concavité du sacrum.

*Rapports du rectum.*— Au point de vue des rapports, le rectum présente à considérer une face antérieure, une face postérieure et deux faces latérales. Ceux qu'il affecte avec le péritoine sont de la plus haute importance : nous commencerons par cette étude.

1° *Avec le péritoine.*—« A son origine, dit Tillaux, le rectum »est comme l'S iliaque, enveloppé de tous côtés par le péri»toine ; il plonge ensuite dans le bassin, s'engage bientôt au »sein des parties molles qui ferment en bas cette cavité, et »les traverse en contractant avec elles des adhérences intimes.

»Le péritoine l'abandonne à ce moment et se réfléchit sur »les parties voisines, descendant plus bas en avant qu'en »arrière. Le rectum présente donc cette particularité d'être »dépourvu de péritoine dans une partie de son étendue, de »telle sorte qu'on peut retrancher une portion de cet intestin »sans ouvrir la cavité péritonéale. Ce rapport anatomique »est d'une si grande importance dans la pathologie et la »médecine opératoire, qu'il justifie la division du rectum en »portion sus et sous-péritonéale.»

De cette description de Tillaux, nous retiendrons ce fait : le péritoine descend plus bas en avant qu'en arrière, et sa distance à l'anus peut être ainsi évaluée : 6 cent. en avant, 10 cent. en arrière.

2° *De la face antérieure.*— Cette face est en rapport, de haut en bas, avec le péritoine qui la sépare de la paroi postérieure de la vessie avec le bas-fond de cet organe, les vésicules séminales, la prostate et une partie de la portion

musculeuse de l'urèthre. De tous ces rapports, retenons surtout ceux que cette face affecte avec le péritoine et la vessie.

3° *De la face postérieure.*— Nous n'avons qu'à citer le péritoine et le sacrum, dont cette face est séparée par un tissu cellulaire lâche.

4° *Des faces latérales.* – En rapport avec le tissu cellulaire sous-péritonéal et le muscle releveur de l'anus qui sépare le rectum de la fosse ischio-rectale.

Nous sommes obligé, sur ce point, de nous livrer à de plus longues considérations, car, outre les rapports immédiats, nous devons envisager les rapports médiats que le rectum affecte sur ses faces latérales. Il ne faut pas, en effet, oublier que dans les trois observations contenues dans cette thèse, la balle est entrée par l'une des grandes échancrures sciatiques, et que sa sortie s'est effectuée par l'autre. Il est donc nécessaire d'énumérer les parties qui peuvent être lésées dans un trajet aussi long, et d'insister sur les plus importantes au point de vue des complications.

Ces organes sont, en allant de dedans en dehors: l'artère fessière, l'artère hypogastrique et ses deux branches terminales: ischiatique et honteuse interne; l'artère sacrée latérale, ainsi que toutes les veines de même nom qui les accompagnent ; les branches antérieures des trois premiers nerfs sacrés; le muscle pyramidal, la grande échancrure sciatique, l'origine du nerf sciatique, le tissu cellulaire sous-fessier, le grand fessier, le tissu cellulaire sous-cutané et la peau.

Entrons dans quelques détails au sujet de tous ces organes.

La grande échancrure sciatique est rétrécie à sa base par le petit ligament sciatique; elle est ovale, presque circulaire et mesure, en moyenne, 5 cent. de hauteur sur 4 de largeur. Cette fente, à l'état naturel, se trouve obturée par le mus-

cle pyramidal, qui sort du petit bassin pour aller se fixer sur le grand trochanter; sur la face interne de ce muscle reposent les branches antérieures des trois premiers nerfs sacrés, ainsi que la branche lombo-sacrée émanée du plexus lombaire. L'artère et la veine fessières sortent de cette échancrure par la partie la plus élevée. L'artère hypogastrique se trouve sur un plan plus antérieur et protégée, tout d'abord, par l'os des îles; elle ne devient accessible au projectile que lorsque, parvenue par un trajet oblique en arrière près du petit ligament sciatique, elle se divise en ischiatique et honteuse interne.

La sacrée latérale, contenue dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, coupe d'avant en arrière la grande échancrure sciatique et se trouve, à notre avis, fort exposée au traumatisme ; son petit calibre doit faire considérer sa section comme moins dangereuse.

Si nous ajoutons à tous ces vaisseaux ceux qui nourrissent le rectum à ce niveau, c'est-à-dire l'artère hémorrhoïdale supérieure venue de la mésentérique inférieure et l'hémorrhoïdale moyenne émanée de l'hypogastrique, nous comprendrons sans peine que l'hémorrhagie est un des accidents les plus redoutables qui puissent venir compliquer une blessure du rectum.

A cette énumération, que nous avons rendue aussi succincte que le comportait le sujet, nous aurions pu joindre d'autres considérations intéressantes, il est vrai, mais qui nous auraient entraîné trop loin. Lorsque nous produirons les réflexions que nous a suggérées la lecture des observations, on remarquera le rôle joué par chacun de ces organes et l'utilité de les avoir bien présents à l'esprit.

## DEUXIÈME PARTIE.

### *Observation I.*

Neubiker, soldat de la Légion étrangère, âgé de 23 ans.

*Plaie du rectum.*— Entrée de la balle par la grande échancrure sciatique gauche et lésion du rectum dans sa partie postérieure. Pas d'orifice de sortie: le projectile est allé se loger au-dessous du grand fessier droit et y a déterminé un vaste abcès. Incision de la collection purulente et extraction de la balle.

Traitement par l'opium à hautes doses. Guérison. Rechute. Guérison définitive avec conservation intégrale de l'usage des deux membres inférieurs.

Cet homme, blessé le 7 mars 1885 au combat de la Table, est évacué, le même jour, sur l'ambulance de Kelung, dans le service de M. le Dr Couteaud, Médecin de 1re classe.

Il dit avoir reçu sa blessure, étant dans la position du tireur à genoux, au moment où il se préparait à faire feu sur les Chinois postés à cinquante mètres environ des Français et à la même hauteur que ces derniers.

A l'arrivée du blessé, l'on constate une plaie d'entrée assez petite, siégeant un peu en arrière du grand trochanter gauche. Il n'y a pas de trou de sortie. Les mouvements de la cuisse sur le bassin se font bien ; pas de troubles de la sensibilité dans les membres inférieurs ; la miction est régulière et les urines normales.

Le diagnostic est réservé. Repos et régime sévère.

9 mars. Fièvre modérée. Pas de douleurs abdominales ni autres symptômes de péritonite; aucun écoulement par la plaie. Le malade a rendu par l'anus plusieurs selles involontaires sanglantes, qui font craindre une lésion du rectum.

10 mars. L'on constate l'effacement du pli fessier droit. En palpant la fesse droite à sa partie moyenne, on réveille de la douleur en des points fixes. Les selles sont toujours involontaires et sanglantes. L'on porte le diagnostic de plaie du rectum dans sa portion extra-péritonéale, avec balle incluse, située probablement sous le grand fessier droit, sans lésions apparentes des os de la cuisse ou du bassin.

Dans le but de combattre, autant que possible, les contractions intestinales, on provoque la constipation et l'on prescrit 0,10 cent. d'extrait d'opium, se réservant d'intervenir par des lavements et des bains de siège pour exonérer à temps l'intestin du malade.

11 mars. Selles toujours involontaires et sanglantes.

Les fosses ischio-rectales ne présentent aucune trace d'induration, mais l'empâtement de la fesse droite est plus marqué, les douleurs à la pression plus vives.

On continue les 0,10 cent. d'extrait d'opium.

16 mars. L'empâtement de la fesse droite augmente encore; on sent une fluctuation profonde.

Une incision de 0,08 cent. est pratiquée à 0,10 cent. environ de la crête sacrée et parallèlement à elle, en dehors par conséquent de l'émergence de l'artère ischiatique.

Cette incision comprend toute l'épaisseur de la peau et du muscle grand fessier. Elle donne issue à une notable quantité de pus, d'odeur fécaloïde, mêlé à des grumeaux noirâtres, et permet d'arriver sur une balle située à côté de la grande échancrure sciatique. Cette balle, d'un gros calibre, est très déformée et comme repliée sur elle-même; elle paraît avoir heurté la surface d'un os.

Le même jour, une contre-ouverture est pratiquée en dedans du petit trochanter, et l'on passe un drain pour faciliter le lavage de la poche. Les matières fécales passent en partie par la grande incision de la fesse droite ; un lavement reflue par les deux ouvertures du drain.

La perforation du rectum est donc évidente.

La température s'abaisse à partir du jour de l'incision, et l'état général devient meilleur. La dose d'opium, qui avait été jusque-là de 0,10 centigr. par jour, est portée successivement à 0,15, 0,20, 0,25.

La constipation, ainsi provoquée, a varié de 3 à 4 et même 5 jours. Un lavement simple, plus rarement huileux, suivi d'un bain de siège prolongé, a toujours suffi à exonérer l'intestin, sans que la défécation soit douloureuse.

Malgré ces doses massives d'opium, le malade n'a présenté aucun symptôme d'intoxication. L'appétit s'est maintenu bon, et il n'y a eu ni éruption, ni insomnie, ni somnolence. Le seul inconvénient, peu grave du reste, qui peut être attribué à l'opium, c'est l'élévation de la température, surtout le soir, et l'existence de sueurs profuses, la nuit, sans qu'il ait été possible d'incriminer soit le paludisme, soit la tuberculose, soit la septicémie.

Le malade ne paraît donc avoir retiré que des avantages de cet emploi de l'opium. C'est un point sur lequel nous aurons à revenir, en discutant le traitement.

27 mars. Le 27 mars, c'est-à-dire dix jours après l'ouverture de l'abcès stercoral, le malade a une selle volontaire et moulée, qui fait croire que la cicatrisation de la fistule rectale est en bonne voie.

A cette date, la plaie d'entrée est complètement fermée; les incisions pratiquées ont bon aspect et l'état général très satisfaisant. Mais la salle, ou pour mieux dire la baraque où se trouvait Neubiker, était encombrée de blessés et d'am-

putés: la pourriture d'hôpital y régnait même depuis quelque temps. Aussi constate-t-on, le 29 mars, sur les plaies de Neubiker, la présence de fausses membranes pultacées, très adhérentes aux parties sous-jacentes qui sont absolument insensibles.

Les plaies sont touchées à l'acide phénique pur, et l'abcès lavé à la solution de bichlorure de mercure à 2/1000. Cette solution, employée dans d'autres cas de pourriture d'hôpital, avait donné d'excellents résultats, sans amener jamais d'intoxication.

1er avril. La pourriture d'hôpital affecte, chez Neubiker, des allures bénignes. Etat général assez bon; température: 37°5 le matin; 38° le soir.

3 avril. Un lavement poussé dans le rectum reflue par la fesse; la cicatrisation de la fistule n'est donc pas achevée.

13 avril. Toute trace de pourriture d'hôpital a disparu; les plaies ont bon aspect; l'état général est bon, le malade mange, dort et ne souffre pas. La température est toujours un peu élevée le soir. Grâce au 0,20 centigr. d'opium que le blessé ingère quotidiennement, il ne va à la selle que tous les trois jours.

17 avril. Pas de selles depuis quatre jours; lavement huileux. L'on reprend les bains de siège, qui avaient été suspendus pendant que les plaies présentaient de la pourriture d'hôpital.

25 avril. Les matières fécales bien moulées passent en entier par le rectum. Il existe, cependant encore, une fistule rectale en voie de cicatrisation, sans doute, car les lavements ne refluent par la plaie de la fesse qu'avec difficulté et en petite quantité.

L'opium est continué aux mêmes doses.

5 mai. Le lavement ne reflue plus par la plaie; la cicatrisation du rectum paraît donc être achevée.

8 mai. Un fil est substitué au drain.

A cette date, une sonde en gomme élastique introduite dans l'angle interne de la plaie s'enfonce de 11 cent. sous le sacrum; son extrémité vient buter contre une saillie osseuse, qui paraît être l'extrémité inférieure du sacrum à son union avec le coccyx. Le malade éprouve, en ce point, une certaine douleur et la sonde ramène un peu de sérosité sanglante.

Il est permis maintenant de se rendre un compte exact du trajet de la balle. Entrée en arrière du grand trochanter gauche, elle a pénétré dans le petit bassin par la grande échancrure sciatique. Elle a dû passer entre la face antérieure du sacrum et le rectum, raflant l'os où elle s'est déformée et blessant la paroi rectale, en y produisant, sans doute, une eschare qui s'est éliminée ultérieurement, puisque l'abcès stercoral ne s'est produit que dix jours après la blessure. La balle est ensuite sortie du bassin par la grande échancrure sciatique droite pour aller se loger sous les muscles fessiers.

Le sacrum a certainement été éraflé; en dehors de la déformation de la balle qui témoignait de son contact avec un os, la douleur, déterminée deux mois après la blessure par une sonde introduite sur la face antérieure du sacrum, indique bien qu'il y a eu là un point atteint et suppurant encore. D'un autre côté, cette éraflure a été légère, puisque une pression sur la face postérieure du sacrum ne provoque aucune douleur.

Remarquons que la balle dans son trajet n'a lésé aucune artère, ni aucun nerf important.

8 mai. Une injection, à la teinture d'iode, est envoyée à l'aide d'une sonde sur le point lésé du rectum; douleur légère.

9 et 11. Même injection.

16 mai. Suppuration presque nulle; la plaie de la fesse

est à peu près comblée; le malade se lève et se promène depuis trois jours. Pansement simple.

Le toucher rectal, qui n'avait pas été fait jusque-là de crainte de rompre la cicatrice, est pratiqué pour explorer la partie antérieure du sacrum; il ne fait percevoir rien d'anormal.

20 mai. La cicatrisation est achevée et la guérison peut être considérée comme terminée. Le malade se promène, mais doit s'aider d'une béquille. Les mouvements de rotation de la cuisse droite (muscles pelvi-trochantériens) sont conservés, mais moins nets que ceux du côté opposé. La rotation est moins prompte.

Depuis le 8 mai, les doses d'opium avaient été progressivement diminuées, les sueurs et la chaleur nocturnes, signalées plus haut, disparurent et l'appétit augmenta notablement.

2 juin. Le blessé a souffert un peu de la fesse droite. A la palpation, on sent comme un borborygme sous la cicatrice. Celle-ci est incisée sur une étendue de 0,01 cent. et l'on constate un léger décollement périphérique, ainsi que l'existence dans toute son étendue du trajet fistuleux qui se dirigeait vers le sacrum. Une injection à la teinture d'iode est poussée jusqu'au fond du trajet à l'aide de la sonde en gomme.

On prescrit le repos et 0,10 centigr. d'opium en deux pilules.

Cette rechute peut être justement attribuée à ce que le malade s'est levé trop tôt et a trop marché.

3 juin. Légère suppuration. Nouvelle injection de teinture d'iode. 0,15 centigr. d'extrait d'opium en trois pilules.

Les jours suivants, l'on trouve que le pus qui sort de l'incision est légèrement mousseux; parfois des vents sont émis librement, et le malade en a conscience.

Il y a donc toujours une fistule rectale trop petite pour

permettre l'issue des matières fécales, mais assez grande pour laisser passer les gaz.

Le même traitement est suivi: opium 0,25 centigr.

Les sueurs ont reparu la nuit ainsi que la chaleur.

9 juin. La constipation obtenue n'étant guère que de deux jours à cause de l'assuétude, l'on administre 0,30 centigr. d'extrait d'opium. Les aliments sont réduits au minimum de féculents pour éviter une production de gaz.

Le malade ne devra aller à la selle qu'après un lavement.

11 juin. Deux jours de constipation obtenus. Pour gagner un troisième jour, on prescrit 0,05 centigr. de plus d'extrait d'opium, soit 0,35 centigr. en sept pilules.

14 juin. Trois jours de constipation. Malgré les 0,35 cent. d'extrait d'opium, il n'y a pas de sueurs, l'appétit est conservé ; les gaz ne sont pas émis par la plaie.

17 juin Le trajet fistuleux ne donne plus qu'une suppuration insignifiante et se trouve presque comblé.

Le 20 juin, lors de l'évacuation de Kelung, le malade est embarqué sur le transport-hôpital l'*Annamite*, où sa guérison devenait complète, pour se maintenir définitivement.

### *Observation II.*

Aubin François, soldat d'infanterie de marine, âgé de 23 ans.

*Plaie du rectum.* — Entrée de la balle par la grande ouverture sciatique droite et sortie par la grande échancrure sciatique gauche. Abondante hémorrhagie.

Traitement par l'opium. Guérison, mais persistance d'un trajet fistuleux et atrophie du membre inférieur gauche.

Ce soldat, blessé à l'attaque de Kelung, le 1er octobre 1884, est évacué le même jour sur la *Nive*, transport-hôpital, dont M. Ludger était médecin-major.

1er octobre. A l'arrivée du blessé à bord, l'on constate les lésions suivantes : Fesse droite : plaie présentant à peu près les dimensions d'une pièce de 50 centimes, à bords mâchés, noirâtres, siégeant environ à cinq travers de doigt au-dessous de la crête iliaque et à 0,03 centim. en arrière d'une ligne verticale abaissée de l'épine iliaque antérieure et supérieure ; elle paraît répondre à la partie supérieure de la grande échancrure sciatique. C'est la plaie d'entrée de la balle.

Fesse gauche : plaie large comme une pièce de 5 francs, à bords mâchés et déchiquetés, présentant une coloration noirâtre ecchymotique. Cette plaie est située au milieu d'une ligne joignant le coccyx à l'épine iliaque antérieure et supérieure ; elle répond à la partie moyenne de la grande échancrure sciatique. C'est l'orifice de sortie. Écoulement de sang, mélangé de sérosités, par les deux plaies ; plus abondant toutefois par celle de la fesse gauche. C'est plutôt un suintement en nappe qu'une hémorrhagie artérielle bien caractérisée.

Pas de lésion osseuse apparente. Rien du côté de la miction, les urines sont normales. Le diagnostic est réservé.

Pansement phéniqué des deux plaies. Régime lacté. 0,10 centigr. d'extrait d'opium.

2 octobre. Le matin, le blessé rend par l'anus une selle composée de matières fécales contenant un peu de sang noir.

Dans la journée, écoulement par l'anus d'un sang tantôt franchement rouge, tantôt noir comme de la poix. Le ventre est un peu ballonné ; quelques douleurs abdominales résultant des efforts faits par l'intestin pour se débarrasser du sang versé dans sa cavité.

Dans la nuit du 2 au 3 octobre, l'écoulement de sang par l'anus devient très abondant et fait craindre un instant pour la vie du blessé. Lavements glacés ; injections de morphine. On dispose l'appareil nécessaire pour pratiquer le tamponnement.

3 octobre. L'écoulement sanguin par l'anus a beaucoup diminué. Hémorrhagie légère par la plaie de la fesse gauche. Pas de fièvre. Régime lacté. 0,10 centigr. d'extrait d'opium.

4 octobre. L'hémorrhagie par l'anus a disparu, mais persiste encore par la plaie de la fesse gauche. Cette plaie a pris un aspect noirâtre dû au sphacèle des parties contusionnées et déchirées par la balle : elle exhale une odeur infecte, malgré les pansements phéniqués soigneusement faits et fréquemment renouvelés.

Quelques coliques, du météorisme, un peu de douleur à la pression de l'abdomen semblent dénoter un travail de péritonite, localisée toutefois, car il n'y a ni vomissements, ni fièvre.

L'opium est continué à la dose de 0,15 centigr. Pas de selles depuis le 2.

7 octobre. Tout écoulement sanguin a disparu.

Le malade n'ayant pas eu de selles depuis cinq jours, l'on pousse doucement une injection phéniquée à l'aide d'une sonde en gomme, introduite dans l'anus. Le liquide ressort par la plaie de la fesse gauche.

L'existence d'une perforation du rectum est donc démontrée, et en présence des phénomènes de péritonite signalés plus haut, cette perforation doit siéger dans le voisinage du péri-

toine et à la partie postérieure de la paroi rectale, par suite de la hauteur de la plaie d'entrée. L'injection provoque l'issue, par l'anus, de matières fécales.

8 octobre. Même lavage, même sortie du liquide par la plaie de la fesse gauche. Régime lacté; extrait d'opium 0,15 centigr.

9 octobre. Après l'injection phéniquée, quelques matières fécales, formées en grande partie de lait mal digéré, ressortent à la fois par l'anus et par la plaie de la fesse gauche.

Les douleurs abdominales ont disparu, le météorisme a cessé, toujours pas de fièvre.

A partir de ce jour, l'écoulement stercoral a cessé complètement par l'anus, et s'est fait exclusivement par la plaie de la fesse gauche. Les matières sortaient aussitôt qu'elles se présentaient à l'ouverture. Les pansements devaient être renouvelés trois ou quatre fois par jour pour tenir le blessé propre. Grâce à ces soins, il n'y a jamais eu d'érythème.

Nous devons ici mentionner les vives douleurs qu'Aubin a ressenties dans les membres inférieurs, et principalement dans le gauche, depuis le jour de la blessure. Les mouvements de rotation de la cuisse lui étaient particulièrement pénibles et n'étaient, du reste, provoqués qu'en vue du pansement. Pour les lui éviter, le chef de service fit installer un cadre à jour, que l'on hissait au moment voulu, et qui permettait de panser le malade sans mouvements, et par conséquent sans souffrances; toujours, dans le même but, l'administration des bains de sièges, tièdes et phéniqués fut suspendue, bien que le résultat attendu ne pût être que favorable au blessé, toute hémorrhagie ayant cessé depuis longtemps.

La plaie de la fesse droite a cicatrisé au bout d'un mois environ, sans avoir rien présenté de spécial. Le malade, qui avait notablement dépéri, a été alimenté le mieux possible à l'aide du jus de viande, du bouillon et du lait. L'extrait de

quinquina et des vins généreux ont été prescrits tous les jours.

Du côté de la fesse gauche, il y a d'abord eu élimination des parties sphacélées ; puis la plaie s'est mise à bourgeonner ; l'orifice s'est peu à peu rétréci et le cours des matières fécales a recommencé à se faire par l'anus, vers les premiers jours de novembre.

Le 21 novembre, jour où le malade a été déposé à l'hôpital de Saïgon, il se trouvait dans un état très satisfaisant. A la fesse gauche, il ne restait plus qu'un trajet fistuleux, admettant à peine une sonde de petit calibre. Ce trajet s'est même comblé petit à petit et la plaie s'est fermée.

Dans le courant de décembre, Aubin a été renvoyé en France ; à cette date, sa guérison paraissait complète.

Nous n'avons aucun renseignement sur son état de santé pendant la traversée de retour ; mais à l'arrivée, Aubin est rentré à l'hôpital de Toulon, et sa feuille de clinique porte, qu'au mois d'avril 1885, il y avait encore un léger trajet fistuleux à gauche, donnant lieu à un peu de suppuration, mais ne laissant passer ni gaz, ni matières fécales. Il existait, de plus, un degré très marqué d'atrophie et de faiblesse de tout le membre inférieur gauche.

Ce militaire a obtenu une pension de réforme.

*Observation III.*

Chanal Jean, soldat au 2me bataillon étranger, âgé de 23 ans.

*Plaie du rectum.*— Entrée du projectile par la grande

échancrure sciatique gauche et sortie par la grande échancrure sciatique droite.

Abcès des deux fosses ischio-rectales.

Traitement par l'opium. Plaies compliquées de pourriture d'hôpital et mort par septicémie.

Blessé le 7 mars au combat de la Table. A reçu sa blessure à 50 mètres envion de l'ennemi ; évacué le même jour sur Kelung, dans le service de M. le Dr Couteaud.

A son arrivée, on constate l'existence d'une plaie d'entrée siégeant à gauche, en arrière du grand trochanter, et d'une plaie de sortie siégeant à droite, dans un point symétrique et au même niveau. Le bassin est donc traversé de part en part; rien de particulier du côté de la vessie. On ne constate pas de lésion osseuse.

Les plaies d'entrée et de sortie ne laissent point échapper de matières fécales, bien que la direction de la blessure dût faire supposer une lésion du rectum.

Le diagnostic est réservé.

9 mars. Aucun symptôme de péritonite n'est survenu. Selles légèrement sanglantes. 0,10 centigr. d'extrait d'opium sont prescrits.

13 mars. Légère ecchymose des bourses. Rougeur, douleur et empâtement au niveau de l'ischion droit; ecchymose au niveau du gauche.

14 mars. On ouvre, au bistouri, l'abcès ischio-rectal droit. Les matières fécales sortent par l'incision ; l'existence d'une fistule rectale est donc certaine.

L'opium est continué à la dose de 0,15 centigr. Pansement phéniqué.

17 mars. Une induration notable et de la douleur au niveau de l'ischion gauche décèlent l'existence d'un nouvel bcès dans la fosse ischio-rectale gauche.

Une incision, pratiquée dans ce point, donne issue à une quantité assez notable de pus et de gaz. La sonde cannelée constate un décollement profond des deux fosses ischio-rectales ; les matières fécales sortent par les deux ouvertures des abcès. Le doigt, introduit dans l'anus, aidé d'une sonde cannelée passée successivement dans les deux abcès, n'arrive pas à constater l'ouverture interne de la fistule.

Continuation de l'opium à la même dose. Pansement et lavage phéniqués des plaies.

L'état général du malade est mauvais; la fièvre est vive; température 39° le matin ; 40° le soir.

29 mars. On constate la pourriture d'hôpital sur les plaies; elles sont touchées à l'acide phénique pur et les abcès lavés à la solution de bichlorure ($^{2}/_{1000}$).

L'opium est toujours administré à la dose de 0,15 centigr.; l'état général se maintient le même.

2 avril. Les matières fécales ne refluent plus par la fosse ischio-rectale gauche, mais passent encore du côté droit.

La cicatrisation du rectum n'est donc pas faite. La pourriture d'hôpital existe toujours et le malade s'affaiblit de jour en jour.

3 avril. Délire tranquille la nuit. Plaie de position au sacrum. Température toujours élevée.

13 avril. Depuis six jours, la plaie de position est devenue plus profonde ; la fièvre est toujours très forte ; le malade a eu plusieurs grands frissons prolongés, qui font craindre l'invasion de la septicémie. On ouvre un abcès siégeant au-dessous du grand trochanter gauche. Issue d'un pus fluide, infect, avec grumeaux noirâtres qui semblent être des lambeaux de vêtements entraînés par la balle.

Température très élevée : 40° le soir. Frissons violents ; délire. Mort le 14, au matin, par septicémie.

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

Ces observations sont intéressantes à plus d'un titre et méritent qu'on les analyse avec quelques détails.

Remarquons d'abord combien le trajet du projectile affecte, dans les trois cas, une direction sensiblement analogue. Entrée par l'une des grandes échancrures et sortie par l'autre. Cette circonstance est évidemment due aux conditions à peu près identiques qui ont présidé aux blessures: les trois hommes occupaient la position du tireur à genoux, et se trouvaient placés à la même hauteur que l'ennemi, dont ils n'étaient séparés que par une distance relativement minime (50 mètres environ). Ces considérations expliquent aussi la direction à peu près transversale du projectile. A ce sujet, nous ferons remarquer qu'en raison même de l'attitude des hommes, la balle, dans son trajet transversal, a eu plus de tendance à se diriger en arrière qu'en avant, heureuse circonstance, qui a épargné à nos soldats des plaies artérielles plus graves, ainsi qu'une blessure de la vessie, complication des plus redoutables.

Si, en outre, on envisage d'un côté la hauteur qui sépare la grande échancrure sciatique de l'anus, et de l'autre le point où descend le péritoine sur la face antérieure du rectum, nous serons tout d'abord étonné de n'avoir pas eu des accidents de péritonite. Ce fait est encore susceptible d'une bonne explication: c'est la face postérieure du rectum qui a été intéressée. Or, à ce niveau, le péritoine se trouve distant de l'anus de 10 centim. environ.

Dans les rapports médiats du rectum sur les faces latérales, nous avons cité les branches antérieures des trois premiers nerfs sacrés, ainsi que l'origine du nerf sciatique; nous avons, en outre, montré que par suite de leur situation, ces organes pouvaient être facilement atteints. Le fait s'est produit chez Aubin qui présentait, à son arrivée en France,

une atrophie très appréciable du membre inférieur gauche.

Disons enfin que ces blessures, en raison de leur gravité et de leur siège, doivent appeler toute la sollicitude du chirurgien. Celle d'Aubin a exigé beaucoup de soins et de dévouement. Trois, quatre pansements par jour étaient rendus nécessaires par l'écoulement incessant des matières fécales au niveau de la plaie de sortie. Il est utile d'ajouter que ce soldat, à la suite d'un séjour en Cochinchine, y avait contracté la diarrhée, et qu'en raison de cette susceptibilité intestinale, l'opium n'a pas, dès le début, donné les mêmes résultats que chez Neubiker.

## TROISIÈME PARTIE.

### TRAITEMENT.

Nous arrivons au point capital de ce travail. Pour simplifier cette étude, on nous permettra de la diviser en nous basant sur l'anatomie pathologique de la lésion.

Envisageons, en effet, un projectile qui traverse le bassin en intéressant le rectum. Le trajet creusé dans l'épaisseur des tissus persiste, les parties molles et le tissu cellulaire ont été refoulés, comprimés ; une fistule s'est faite, établissant une communication entre le rectum et l'extérieur par les plaies d'entrée et de sortie, fistule qu'entretient l'issue des matières fécales. Ou bien, s'il n'y a pas de plaie de sortie, il se fait une dérivation du bol fécal dans la fosse ischio-rectale ou sous la face profonde des muscles fessiers.

Il est évident que, de tous ces délabrements, le plus grave est la lésion du rectum, véritable perte de substance, d'où dérivent tous les accidents consécutifs et sur laquelle l'attention du chirurgien se trouve plus spécialement appelée. En outre, on peut voir survenir une fistule, un abcès stercoral, des hémorrhagies, avant que le diagnostic positif de la lésion rectale ait été fait, car, dans les premiers jours de la blessure, il peut se faire que la perforation du rectum ne soit pas encore un fait accompli, le projectile ayant seulement déterminé une mortification partielle du rectum, et l'on sait que l'eschare met un certain temps à se détacher.

Ces considérations nous paraissent justifier la division du traitement en deux parties :

L'une, ayant trait à la lésion rectale pure ;

L'autre, envisageant séparément les symptômes, les complications et les suites.

### A. Traitement de la lésion rectale.

Quand la perforation du rectum est établie, les matières ont une tendance à passer par le nouveau trajet et à abandonner leur cours naturel ; à la longue, cette sorte d'anus artificiel est tellement bien organisé, que les tentatives faites pour le supprimer réussissent difficilement. L'écoulement incessant des matières, le passage des gaz, l'inflexibilité des parois de la fosse ischio-rectale et les mouvements fréquents des muscles qui concourent à l'acte de la défécation, telles sont les causes qui s'opposent à la cicatrisation de cette perte de substance.

Les ressources de la thérapeutique sont-elles au-dessous de la gravité du mal ? Nous ne le pensons pas, et si la lésion du rectum ne s'accompagne pas de délabrements des os du bassin ou d'altération des organes qu'il contient, le chirurgien doit toujours, croyons-nous, conserver l'espoir de guérir son malade.

Il est difficile d'établir quel est le meilleur mode de traitement des plaies de ce genre. Les auteurs qui ont traité la question sont loin de s'entendre sur ce point. Néanmoins, les enseignements qui se dégagent de la lecture des traités de chirurgie anciens et modernes résident dans ces deux faits :

1° La section des sphincters de l'anus ;

2° L'absence d'intervention active, ou le traitement par l'opium.

Bégin (1) a émis, à deux reprises, deux opinions différentes. Ainsi, déclare-t-il, une première fois « que la nature »doit faire tous les frais de la guérison. » Plus tard, le même auteur tient un langage différent: « Je me suis demandé si, »lorsque le rectum est traversé par une balle, il ne serait pas »utile d'inciser le sphincter de l'anus Cette opération, dans »tous les cas légère et sans danger, n'aurait-elle pas l'avan»tage de prévenir l'accumulation des matières fécales dans »l'intestin, de rendre les infiltrations moins faciles et de favo»riser par conséquent la cicatrisation du double trajet de la »plaie? »

Ce serait une sorte d'opération de fistule anticipée (2).

Dupuytren a donné le même conseil; on le voit produit dans son traité sur les plaies par armes de guerre.

Baudens (3) suivit cette indication et vit guérir son malade.

Otis (4) se déclare partisan déterminé de cette division des sphincters, et s'étonne que les chirurgiens ne l'aient pas employée plus souvent pendant la guerre de sécession.

En consultant les nombreuses observations relatées par lui, l'on ne trouve, en effet, que trois cas (observ. 874, 876, 912) où l'on y ait eu recours. Les fèces ont continué, néanmoins, à passer par les ouvertures anormales pendant un certain temps au moins. Les blessés ont, du reste, guéri.

Dans la majorité des cas, c'est le traitement par l'opium qui a été employé.

Simon, d'Heildelberg, dans une communication au premier Congrès des chirurgiens militaires allemands (Berlin 1872), dit avoir eu recours trois fois à la section des sphincters dans le cas de perforation du rectum par des balles, pendant la

(1) Bégin, Nouveaux éléments de chirurgie et de médecine opératoire. Paris 1824.
(2) Bégin, cité par Vidal de Cassis. Pathologie externe.
(3) Baudens, cité par Legouest (chirurgie d'armée).
(4) Otis, Médical and surgical history of the war of rebellion.

guerre Franco-Allemande, et avoir obtenu chez deux de ses malades une prompte guérison. Il ajoute qu'il croit avoir été le seul à employer ce mode de traitement durant la dernière guerre.

Socin, de Bâle, cite un cas où il a obtenu un succès par la section des sphincters.

Fischer pense aussi que, dans les plaies par armes à feu du rectum, avec issue des matières fécales par les blessures, la section des sphincters est le seul mode efficace de traitement.

Mais bien d'autres auteurs se montrent bien plus réservés dans leurs conclusions, et tout en approuvant cette section des sphincters dans les cas de large perforation du rectum avec infiltration stercorale étendue et communication de l'intestin avec la vessie, recommandent d'avoir, le plus souvent, recours aux opiacés.

C'est ainsi que Follin conseille de vider l'intestin après la blessure, et d'administrer l'opium, à petites doses, pour provoquer la constipation et immobiliser le rectum.

Mollière, de Lyon (maladies du rectum), pense aussi que la constipation provoquée par les opiacés donne, dans presque tous les cas, de bons résultats et doit être préférée à la section des sphincters.

Legouest, après avoir montré que l'incision des sphincters, érigée en principe, repose sur des données physiologiques erronées, prouve que, dans certains cas, cette opération peut être tout ou moins inutile.

Il établit, d'abord, que les matières fécales ne descendent dans l'ampoule rectale que lorsqu'elles se sont accumulées en quantité trop considérable dans la portion supérieure du rectum. Puis il ajoute :

«Il en résulte que, dans le cas où la lésion de l'intestin est »située au-dessus du sphincter supérieur, l'incision du

»sphincter de l'anus même ne peut avoir aucune utilité. Dans »le cas où la blessure siège, au contraire, au-dessous du »sphincter supérieur, les matières stercorales ne tendent à »s'infiltrer dans le tissu cellulaire que lorsqu'elles sont arri»vées dans l'ampoule rectale. Avant de recourir à l'incision »des sphincters de l'anus, opération acceptable dans cette »dernière circonstance, mais qui n'est pas toujours sans gra»vité, nous pensons qu'il convient de vider, tout d'abord, »l'intestin par un léger laxatif et de provoquer ensuite la »constipation au moyen de l'opium. Des coups de feu du »rectum ont guéri sans incision des sphincters de l'anus, sans »même que l'on se préoccupât de retarder les selles. Il est »toujours temps, d'ailleurs, de recourir à cette opération, si »le malade est menacé d'une infiltration ou d'un abcès par »des matières stercorales (1).»

Ces idées sont celles qui ont été mises en pratique dans les cas relatés dans ce travail; nous allons bientôt essayer de démontrer plus amplement leur bien fondé.

Nous venons de voir que les chirurgiens qui ont donné leur préférence à la section des sphincters ont été guidés, en cela, par des idées toutes théoriques et le plus souvent mal fondées.

Cette opération, qui a dû être suggérée par l'analogie qu'elle présente avec le débridement des plaies par armes à feu, n'est pas toujours si innocente qu'on le croit. Par les hémorrhagies qu'elle détermine, elle ouvre la porte à l'infection purulente, si fréquente à la suite des opérations qui se pratiquent sur l'anus. En outre, elle peut laisser après elle de l'incontinence de matières fécales, affection qui, pour être compatible avec l'existence, n'en est pas moins dégoûtante et pour le malade et pour ceux qui l'approchent.

(1) Legouest, Traité de chirurgie d'armée.

Nous allons, maintenant, exposer nos vues sur ce que nous appelons la méthode de non intervention active ou, pour mieux dire, le traitement médical des perforations du rectum.

Le traitement idéal des perforations du rectum serait un traitement analogue à celui qui est mis en pratique pour les fistules du canal de l'urèthre: je veux dire l'introduction d'une sonde à demeure qui, tout en laissant écouler les matières fécales, obture la solution de continuité et en met les bords à l'abri de tout liquide irritant. Il est certain que, de la sorte, le travail de cicatrisation ne serait plus contrarié par la présence des fèces. Mais, comme on le pense bien, cette sonde à demeure ne saurait être tolérée longtemps par le rectum; elle amènerait vite des phénomènes de rectite, avec douleurs intenses, qui forcerait à la retirer.

Ce moyen a pourtant été mis en pratique.

Blanco (*Journal des Connaissances médicales*, N° 2, 1867) cite un cas de perforation du rectum par une balle à travers le périnée. La blessure avait 3 à 4 centimètres de large sur 7 de long, et il en était résulté une fistule anale avec tous ses inconvénients. On introduisit dans le rectum une grosse sonde en gomme élastique, dont l'extrémité supérieure dépassait les limites de la perforation. Les matières fécales passèrent par la sonde, et la fistule, qui avait résisté jusque-là à tous les traitements, guérit bien vite.

La tolérance du rectum a été remarquable dans ce cas heureux.

Je ne crois pas néanmoins que ce mode de traitement soit réellement pratique; au reste, l'emploi d'une sonde à demeure ne met pas l'ouverture anormale à l'abri des mouvements de dilatation et de resserrement que nécessite la défécation, et qui sont si préjudiciables à une cicatrisation régulière.

La mobilité du rectum est, à notre avis, le principal obstacle dont le chirurgien doit s'efforcer de triompher. Or, le seul moyen qu'il ait d'immobiliser le rectum réside dans l'emploi de l'opium à hautes doses.

L'opium peut être employé sous forme d'injections de morphine, ou mieux en pilules; dans nos observations, il a été donné à doses sans cesse croissantes, depuis 0,05 jusqu'à 0,35, le malade ingérant d'abord une pilule matin et soir, puis à intervalles plus rapprochés, de façon à absorber, vers la fin, une pilule environ toutes les heures.

C'est surtout le pouvoir anexosmotique et acinétique de l'opium qui a été mis en jeu dans le traitement. On sait, en effet, que l'opium diminue les sécrétions intestinales et modère les contractions péristaltiques, toutes actions qui ont pour effet de combattre la fluidité du bol fécal et de s'opposer à sa progression.

On aurait pu craindre que des doses aussi considérables d'opium, longtemps continuées, auraient exercé une influence préjudiciable sur la nutrition. L'expérience nous a montré qu'il n'en était rien, et que les doses pouvaient en être accrues sans danger, à la condition de l'être progressivement.

La constipation ainsi obtenue a varié entre 3 et 5 jours. Elle eût été plus longue, si on l'eût désiré; mais le médecin traitant jugeait prudent de ne pas dépasser cette limite, et pratiquait à ce moment l'exonération de l'intestin à l'aide de lavements.

Aucun accident d'intoxication ne s'est montré; on n'a constaté ni troubles de la vision, ni somnolence, ni céphalalgie. L'appétit s'est conservé; il n'y a eu ni nausées, ni vomissements. Aucune de ces éruptions qui signalent parfois l'élimination de l'opium n'a été observée. Les seuls inconvé-

nients, peu sérieux du reste, ont consisté dans l'élévation de la température le soir, et des sueurs constantes.

La constipation provoquée des malades doit être complétée, avons-nous dit, par l'exonération de l'intestin. Cette exonération était obtenue à l'aide de lavements à l'eau tiède, plus rarement à l'huile. Le but qu'on se proposait était de ramollir suffisamment les matières fécales, pour que leur passage au niveau de la région rectale ne puisse déterminer une irritation préjudiciable à la régularité de la cicatrisation.

En outre, quand le malade éprouvait le besoin d'aller à la selle, on l'immergeait dans une baignoire déposée en permanence à côté de son lit, et contenant de l'eau légèrement phéniquée. La souillure du rectum par les matières fécales était ainsi prévenue, et par cela même le trajet fistuleux était débarrassé du pus et des matières qu'il contenait.

On pourrait faire à ce mode de traitement l'objection suivante: La constipation, ainsi provoquée par l'opium, ayant pour résultat d'accumuler les matières fécales dans le rectum, ne détermine-t-elle pas un accroissement de pression excentrique, qui vient à l'encontre de la cicatrisation désirée?

Nous répondrons à cette objection en faisant appel à la physiologie de la défécation.

Beaucoup de physiologistes ont admis, et admettent encore, que les matières fécales s'accumulent dans le rectum.

Par des expériences remarquables qui datent de plus de 50 ans, O'Beirne a prouvé que l'accumulation des matières ne se fait que dans l'S iliaque, où elles sont retenues par la contraction du sphincter supérieur interne, et que le rectun n'est qu'un lieu de passage. Nous rappellerons les faits principaux sur lesquels s'appuie cette théorie.

1° Si, dans un but chirurgical, on explore l'intestin avec le doigt, rarement on rencontre de la matière fécale solide ou liquide ; et alors même, elle est en quantité peu considérable

et n'occupe que la partie la plus inférieure de l'intestin. Rarement aussi la canule de la seringue est salie par les fèces.

2° Si l'on engage, à plusieurs reprises, dans l'intervalle de deux selles, une sonde en gomme élastique dans le rectum, à deux pouces de profondeur, on la promène librement dans un espace que l'on sent ouvert et vide, et d'où il ne sort ni gaz ni matières fécales. L'auteur appelle cet espace la poche du rectun. Au-delà de cette poche, à partir de deux pouces au-dessus de l'anus, le rectun est contracté jusqu'à son abouchement avec l'S iliaque. A mesure que l'on avance la sonde dans cette portion contractée, la résistance augmente, il vient un point où l'on éprouve une sensation d'un anneau qui étreint fortement la sonde ; puis, immédiatement au-dessus, l'instrument se dégage brusquement, on peut en mouvoir librement l'extrémité, elle occupe alors la cavité de l'S iliaque.

Dès lors, il s'échappe pour la première fois des gaz et des matières fécales par le tube. S'il ne sort rien, on sent que la sonde est engagée dans une masse solide; en la retirant, on la trouve enduite de fèces dans ses deux derniers pouces seulement. Quelquefois même son calibre en est bouché.

3° L'obstacle qu'on rencontre quelquefois dans l'administration d'un lavement fait encore présumer que la portion supérieure du rectun est contractée et fermée dans l'intervalle des selles. Cette contraction est due au sphincter supérieur de l'anus (1).

Richet a objecté à cette théorie, qu'on rencontre souvent dans le rectun des matières fécales sur des sujets qui n'ont aucun besoin de défécation.

« Cependant, dit Tillaux (2), les expériences d'O'Beirne

(1) O'Beirne, cité par Malgaigne dans son Traité d'anatomie chirurgicale.
(2) Tillaux, Anatomie topographique.

n'en subsistent pas moins... C'est qu'il faut distinguer ici l'état normal et l'état pathologique. Il me paraît absolument établi par O'Beirne que, sur un sujet dont les fonctions sont régulières, le rectum ne contient pas des matières dans l'intervalle des selles.

» Elles s'accumulent dans l'S iliaque, et, aussitôt qu'elles ont pénétré dans le rectum, le besoin de la défécation se fait sentir. Lorsqu'on ne peut satisfaire à ce besoin, chacun a pu remarquer qu'on le réprime, si le bol fécal n'est ni trop volumineux, ni liquide, en exerçant une certaine contraction, qui a pour résultat de refouler en haut les matières descendues. Il est, par contre, des sujets, et ce sont des femmes en particulier, dont la muqueuse rectale a perdu toute espèce de sensibilité, peut-être sous l'influence de l'action trop prolongée des matières ; il ne se produit plus d'action réflexe au contact des fèces, qui finissent par s'accumuler dans le rectum sans gêner autrement que par leur masse, ainsi qu'on l'observe, par exemple, dans la paraplégie. »

Cette théorie de la défécation, à laquelle se sont ralliés des hommes comme Malgaigne, Velpeau, Nélaton, etc., nous paraît donc la seule acceptable. Nous ajouterons, en ce qui nous concerne, que chez le nommé Neubiker, le lavement refluait sans effort par la plaie de la fesse, sans entraîner de matières fécales, même après plusieurs jours de constipation. Ce qui prouve péremptoirement que le rectum était vide dans l'intervalle des selles.

Au reste, ceux qui se déclarent opposés à cette théorie, admettront toujours que les contractions de l'intestin, ralenties par l'opium, doivent amener le bol fécal vers la terminaison du tube digestif dans un laps de temps plus long et variable entre 3 ou 4 jours. Dans ces conditions, n'est-il pas probable que l'exonération provoquée s'effectue au moment où les matières fécales sont sur le point de s'engager dans le rectum ?

La constipation provoquée, érigée en méthode de traitement, offre une grande analogie avec celle qu'emploie M. Desprès pour la cure du flux hémorrhoïdaire dans les hémorrhoïdes internes.

«Pour qu'il y ait une hémorrhagie rectale, dit M. Des-»près (1), il faut qu'il y ait des vaisseaux ouverts et ulcérés ; et »comme les plaies tendent toutes à la réparation, il est clair »que si les plaies des hémorrhoïdes ne se réparent pas, »c'est qu'elles en sont empêchées. Quelle est donc la cause »de cette absence réparation, sinon le passage des matières »pendant la défécation ?

»Il est hors de doute que la suppression de la défécation »est la condition nécessaire pour la guérison de la plaie »hémorrhoïdaire. On dira, sans doute, que les hémorrhoïdaires »ont quelquefois des constipations prolongées et que cela ne »guérit pas ; cela est vrai. Mais la constipation, méthodique-»ment provoquée et supprimée à la volonté du chirurgien, »est autre chose. On prépare la première selle qui suit la »constipation provoquée, tandis que, dans le cas où on »abandonne le malade à lui-même, la première selle détruit »l'effet d'une constipation de 4 à 5 jours.

»Voici comment il faut procéder : On commence par vider »l'intestin avec un purgatif doux, un verre d'eau de Sedlitz, »par exemple, puis on administre au malade, chaque jour, »deux pilules d'opium de 0,05, une à 7 heures du soir, l'autre »à 10 heures, et l'on fait prendre, le matin, un lavement »avec 6 gouttes de laudanum et 4 gr. d'extrait de ratanhia »pour 260 gr. d'eau, et le lavement est rendu de suite.

»On continue six jours. Le sixième ou le septième jour, le »malade éprouve le besoin d'aller à la selle. On administre »alors un verre d'eau de Sedlitz, et un lavement huileux pré-

(1) Desprès, la chirurgie journalière.

»paré est donné au moment où le besoin d'aller devient im-»périeux. Le malade va alors à la selle facilement et les ma-»tières molles passent sans causer la moindre douleur.»

On pourrait diriger une deuxième objection contre la valeur de la constipation provoquée dans le cas de perforation du rectum. Vous empêchez, dira-t-on, les matières fécales de pénétrer par l'ouverture anormale du rectum ; mais la constipation que vous provoquez est impuissante à retenir les gaz intestinaux. Effectivement, les vents peuvent être mis en l'absence des matières, mais ils peuvent sortir par l'anus aussi bien que par la perforation, et, par conséquent, leur force d'expansion ne nous paraît pas bien redoutable.

En outre, le médecin traitant avait songé, de bonne heure, à la possibilité de cet inconvénient, et le traitement médical des blessés était complété par un régime diététique, d'où étaient exclus aussi rigoureusement que possible les farineux, à l'exception du pain.

Nous croyons donc devoir recommander l'abstention des féculents dans les plaies de ce genre.

### B. Traitement des symptômes et complications.

Le traitement des symptômes et des complications de la perforation du rectum devra toujours compléter les moyens principaux qui s'adressent à la lésion capitale. Quelquefois même, les soins qu'ils nécessitent constitueront, à eux seuls, tout le traitement, soit que le délabrement des parties paraisse au-dessus des ressources de l'art, soit que le projectile ayant déterminé seulement un point sphacélé sur le rectum, il soit nécessaire d'atteindre la chute de l'eschare qui montrera la justesse du diagnostic.

L'hémorrhagie est, de toutes les complications, celle qui

nécessite, le plus souvent, une intervention active. Quand elle est peu abondante : des lavements à l'eau glacée, au tannin ou au ratanhia en ont facilement raison. Il n'en est pas de même, si une des artères hémorrhoïdales a été lésée ; l'hémorrhagie peut entraîner, dans ce cas, une syncope mortelle.

Otis et Esmarch ont insisté d'une façon toute spéciale sur le danger que fait courir au malade cette éventualité. Ils recommandent instamment, tous les deux, de dilater l'anus à l'aide d'un spéculum fenêtré et d'aller à la recherche du vaisseau lésé pour en pratiquer la ligature ou la torsion.

C'est évidemment le meilleur moyen d'arrêter l'hémorrhagie ; mais si la blessure siège un peu haut, il est quelquefois impossible de découvrir le vaisseau qui donne du sang. Dans ce cas, le tamponnement du rectum par des bourdonnets, ou, selon la méthode d'Allingham, à l'aide d'une éponge conique, au fond de laquelle on fixe un fort cordonnet de soie, peut rendre de grands services.

Cette éponge, d'après Allingham, peut être laissée en place de huit à quinze jours sans inconvénients, pourvu qu'on ait soin d'entretenir la constipation au moyen des opiacés et que l'on ait pris la précaution de traverser l'éponge par une sonde qui donnera issue aux gaz intestinaux.

Le compresseur de Bushe, qui consiste en une vessie pleine de glace, portant une tubulure avec robinet à sa partie inférieure pour l'écoulement de l'eau de fonte, a été employé souvent et avec avantage chez les blessés de la guerre d'Amérique.

Les lésions de la honteuse interne, ainsi que celles de l'ischiatique, de la fessière et de la sacrée latérale exigent leur ligature immédiate dans la blessure ou même celle du tronc qui leur donne naissance.

Les corps étrangers, projectiles ou débris de vêtements, qui peuvent compliquer les blessures, doivent être extraits au

plus tôt par la plaie d'entrée, si on le peut, ou par une contre-ouverture, si le trajet est trop long.

Il ne faut pas, toutefois, oublier, comme le fait remarquer Beck, que le projectile s'échappe quelquefois spontanément avec les matières fécales et ne pas s'acharner, par conséquent, à des recherches aveugles.

La douleur ne peut être que passagère et s'accompagner (par suite d'un froissement du plexus sacré) d'un engourdissement passager de la fesse ou de la cuisse. Elle est souvent intense, surtout dans les efforts de défécation et trouble le repos du malade. Dans ces cas, il y a lieu d'avoir recours aux injections hypodermiques de morphine, et cela devient même utile si on a soumis le malade à un traitement régulier par les opiacés.

L'abcès stercoral, quel que soit le point où il se produise, doit être ouvert promptement et largement, si l'on veut éviter les décollements étendus et les fusées purulentes. L'incision une fois faite, on se trouvera en présence d'une fistule stercorale qui exigera des soins prolongés. Sans doute, le traitement général, par la constipation, servira indirectement à la cure de la fistule, en supprimant les causes d'irritation qui auraient pu l'entretenir ; mais cela serait insuffisant. Il faut agir directement sur elle, en empêchant la stagnation des liquides par le drainage et en réveillant la vitalité des bourgeons charnus qui la tapissent à l'aide d'injections légèrement irritantes. L'eau phéniquée, la teinture d'iode et surtout le sublimé corrosif $^{2}/_{1000}$ ont amené la guérison de la fistule stercorale du nommé Neubiker, malgré une complication de pourriture d'hôpital.

Quant à la durée du traitement, il est difficile de lui assigner une limite, car elle est sous la dépendance de l'étendue des délabrements, de la constitution du malade et des complications qui peuvent survenir.

De ces complications, l'hémorrhagie à part, les plus graves

sont l'infiltration stercorale et l'emphysème. Ces accidents redoutables sont soumis aux lois générales du traitement des infiltrations de pus, d'urine ou de gaz, c'est-à-dire que les incisions et le drainage jouent, en cela, le plus grand rôle. Mais il ne faut pas oublier que ces accidents sont plus faciles à prévenir qu'à guérir, et l'on doit songer à s'en garantir par une grande circonspection dans les attouchements et explorations des plaies ou des trajets fistuleux. La moindre effraction suffit, en effet, pour détruire les adhérences qui constituent une barrière contre l'invasion des matières fécales ou l'irruption des gaz intestinaux

Nous avons déjà mentionné, comme suites éloignées de la perforation du rectum, la névrite du sciatique, l'atrophie du membre, la parésie des muscles pelvi-trochantériens, enfin, la claudication et le rétrécissement du rectum.

Ce sont là de faibles maux, comparés à la lésion qui leur a donné naissance ; mais, comme chacun d'eux constitue une affection susceptible d'un traitement spécial et qui ne se rattache que de fort loin à la cure de la perforation du rectum, nous croyons inutile d'entrer dans une étude détaillée à leur sujet.

En terminant, nous adressons tous nos remerciements à M. le professeur Grynfeltt, pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

## CONCLUSIONS.

1° Les perforations du rectum par armes à feu, sans complications, sont rares dans la chirurgie d'armée.

2° Leur diagnostic est souvent difficile d'emblée, et peut n'être que rétrospectif.

3° Leur pronostic, *en tant que plaies de l'intestin*, est plutôt bénin que grave.

4° Le traitement purement médical, par la constipation provoquée, présente des avantages sérieux et doit être recommandé.

Les féculents doivent être exclus de l'alimentation du malade.

FIN.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 4 novembre 1887.
*Le Recteur de l'Académie,*
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 3 novembre 1887.
*Le Doyen,*
CASTAN.

# SERMENT.

---

*En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à me promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !*

---